

Certificat médical confidentiel à compléter par le médecin traitant généraliste ou spécialiste du patient

Réservé à l'usage exclusif du médecin conseiller technique
ou du médecin de prévention
en faveur des personnels de l'académie de Montpellier

Document soumis au secret professionnel
Article 226-13 du Code Pénal

Nom d'usage.....	Prénom.....
Nom de naissance.....	Date de naissance.....
Adresse :.....	
.....	
.....	

Pathologie ayant justifié la reconnaissance du handicap

Histoire de la ou des pathologies invalidantes

Date de début des troubles :

Origine, circonstance d'apparition :

compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Description clinique actuelle :

Evolution prévisible :

Traitements, prises en charges thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires)

Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charges paramédicales régulières
- Autre (préciser)

Tout autre élément utile à l'examen de la demande du patient :

Certificat médical établi le

Signature et cachet du médecin



RÉGION ACADÉMIQUE
OCCITANIE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ANNEXE

MÉDECIN CONSEILLER TECHNIQUE
scolaire 2019

Rentrée

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION
DE DOSSIER MÉDICAL**

DEMANDE au titre du HANDICAP

Joindre une enveloppe timbrée à votre adresse personnelle

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

Votre dossier est parvenu au Service médical le :

Le Secrétariat